

Para registrarse en los informes en línea de las NBS a mediante Informes de Morbilidad, complete esta encuesta <https://redcap.health.tn.gov/redcap/surveys/?s=8L7CMWHN4M>. Este formulario también se puede enviar por fax a la División de Enfermedades Transmisibles y Ambientales y Preparación para Emergencias (CEDEP) del Departamento de Salud de Tennessee (TDH) al (615) 741-3857. Para enviar un fax directamente a la oficina de salud local o regional, diríjase a [Departamentos de Salud Locales y Regionales \(tn.gov\)](#). Si tiene preguntas, comuníquese con el CEDEP a través del (615) 741-7247 o al (800) 404-3006. Para detalles más específicos, consulte el sitio web de Enfermedades de Declaración Obligatoria del TDH en [Enfermedades de Declaración Obligatoria \(tn.gov\)](#).

Tenga en cuenta: los defectos de nacimiento, las sobredosis, los niveles de plomo, el Síndrome de Abstinencia Neonatal y las infecciones asociadas a la atención médica de la NHSN no deben notificarse usando este formulario.

Indicaciones para los proveedores:

- Se requiere que se reporte toda la información en este formulario, si está disponible. Salud Pública hará un seguimiento con el informante para solicitar los datos demográficos del paciente y el informe de laboratorio, si no se tienen.
- La información sobre el proveedor, datos demográficos del paciente y la información clínica pueden facilitarse en este formulario o adjuntarse (ej.: la hoja de portada del paciente, el informe sobre enfermedades de declaración obligatoria, historiales médicos pertinentes).
- Proporcione la información de contacto del proveedor para el seguimiento de Salud Pública. Si el lugar de trabajo principal del proveedor es un consultorio privado, indique el nombre, teléfono y fax de ese centro en lugar del hospital.
- Adjunte a este formulario el informe de laboratorio asociado.
- Indique el condado del centro o consultorio del proveedor para ayudar en la asignación del caso a una jurisdicción de salud pública.
- *Si la “Fecha de nacimiento” del paciente no está disponible, indique la edad del paciente en años. Si el paciente tiene < 1 año de edad, por favor marque la casilla de “Meses”. Si el paciente tiene < 1 mes de edad, por favor marque “0” y marque la casilla de “Meses”.
- La dirección del paciente se usa para asignar la jurisdicción de salud pública para la investigación.
- ^H Los síntomas de la hepatitis incluyen: fiebre, malestar, vómitos, fatiga, anorexia, diarrea, dolor abdominal, ictericia, dolor de cabeza, náuseas.
- ^T Enfermedades de declaración obligatoria de transmisión por garrapatas, como la Erliquiosis/Anaplasmosis, la fiebre manchada por rickettsia y la enfermedad de Lyme.
- Si el resultado del ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA) para la Infección de Tuberculosis (latente) es positivo, adjunte una copia del resultado del laboratorio a este formulario. Para una prueba cutánea de tuberculina (TST) positiva para cualquier niño o adolescente < 18 años de edad, documente el resultado de la TST en milímetros (mm) de induración en el campo “Comentarios” a la derecha; envíe este formulario por fax directamente al Programa de Eliminación de la Tuberculosis de Tennessee: (615) 253-1370.

Indicaciones para los laboratorios:

- Los laboratorios deben informar a Salud Pública vía informe electrónico de laboratorio (ELR) o de un informe de laboratorio impreso, en lugar de completar este formulario, a menos que falte información del proveedor o datos demográficos del paciente en el informe de laboratorio. Si es así, llene este formulario solo para la información faltante y adjunte el informe de laboratorio.
- Los laboratorios solo deben informar la Fecha de Toma de la muestra y la Fuente de la Muestra en la sección de Información Clínica.
- La información requerida (si está disponible) para los informes de laboratorio impresos incluye:
 - (1) Datos demográficos del paciente (mostrados a la derecha, incluyendo dirección)
 - (2) Nombre, número de teléfono y dirección del proveedor y del centro que hace la solicitud
 - (3) Nombre, teléfono y dirección del laboratorio que hace la prueba
 - (4) Nombre, teléfono y dirección del centro que notifica
 - (5) Fecha del informe de laboratorio
 - (6) Prueba realizada (puede ser diferente a la prueba solicitada)
 - (7) Número de identificación de la muestra
 - (8) Tipo de muestra/fuente y fecha de toma
 - (9) Resultado (cuantitativo y cualitativo), interpretación y rango de referencia
- Consulte el sitio web de enfermedades de declaración obligatoria para conocer los requisitos del ELR.

| | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|-----------------|--|
| Informe | Enfermedad/Evento: | | Fecha del informe: __/__/__ | | |
| | Nombre del Informante: | | Teléfono: () | | |
| | Informe de Laboratorio: <input type="checkbox"/> Adjunto <input type="checkbox"/> No se ha hecho prueba <input type="checkbox"/> Informe no disponible | | | | |
| Proveedor | Nombre del proveedor: | | | | |
| | Centro/Consultorio Principal: | | | | |
| | Teléfono: () | | Fax: () | Condado: | |
| Datos demográficos de los pacientes | Nombre del paciente: | | | | |
| | Fecha de nacimiento: __/__/____ (mm/dd/aaaa) | | Raza: | | |
| | *Edad: _____ <input type="checkbox"/> Meses | | <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido | | |
| | Sexo: | Etnicidad: | | | |
| | <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Hispano | | | |
| | <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> No hispano | | | |
| | <input type="checkbox"/> Desconocido | <input type="checkbox"/> Desconocido | | | |
| | Dirección: | | | | |
| | Ciudad: | | Estado: | | |
| | Condado: | | Código postal: | | |
| Teléfono: () | | Teléfono: () | | | |
| Información Clínica | Fecha de inicio de enfermedad: __/__/__ | | ¿Hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido | | |
| | Nombre del hospital: | | | | |
| | Fecha de admisión: __/__/____ | | Fecha de alta: __/__/____ | | |
| | ¿Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido | | ¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido | | |
| | ¿Síntomas? ^H solo casos de hepatitis | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido | | |
| | ¿Fiebre? ^T solo enfermedades transmitidas por garrapatas | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido | | |
| | Fecha de toma de muestra: __/__/____ | | Fuente de la muestra: | | |
| | Tratamiento de ETS: Fecha: __/__/____ | | Observaciones: | | |
| Medicamentos: | | | | | |

Las Enfermedades y Eventos de Declaración Obligatoria se declaran transmisibles y/o peligrosos para el público y deben informarse al departamento de salud local por todos los hospitales, médicos, laboratorios y otras personas que conozcan o sospechen un caso de conformidad con lo dispuesto en los estatutos y reglamentos que rigen el control de las enfermedades transmisibles en Tennessee (T.C.A. §68 Regla 1200-14-01-.02).